

Le complicanze chirurgiche della malattia diverticolare: un raro caso di fistola sigmoide-vaginale



Ann. Ital. Chir., 2008; 79: 287-292

Carlo D'Angelo, William Zuccon, Fabio Tagliabue, Valerio Balduzzi, Fabrizio Gambarini, Luigi Bonandrini

Università degli Studi di Pavia, Divisione di Chirurgia Generale. Cattedra di Chirurgia Generale e d'Urgenza. Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale in Urgenza, Polo Universitario 'Città di Pavia' (Direttore: Prof. L. Bonandrini)

Surgical complications of the diverticular disease. A rare case of sigmoid-vaginal fistula

The Authors report on a rare case of diverticular disease complicated by a sigmoid-vaginal fistula with personal considerations based on a review of literature.

A 75 years old patient becomes to our observation suffering the lost of smelly vaginal secretions without fever or abdominalgia. In anamnesis hysterectomy, cholecystectomy, appendectomy and visceral adhesions lysis. Colonoscopy, RX barium enema, gynaecological examination, vaginal buffer show diverticulitis of colon sigma with sigmoid-vaginal fistula. After laparotomy, visceral adhesions lysis, it was done sigmoid-vaginal fistula resection with healing.

Diverticular disease is a XX century pathology with incidence (for some authors) of 50% of population. Symptomatic forms affect 30 -50 % of patients (variable percentage based on age); the 1% of these need surgery. The colonic anatomical-functional disorder is the principal cause of diverticular disease that recognize the main localization in colon-sigma. Diverticulitis with pericolic inflammation are frequent complications; possible evolutions are local tamponed peritonitis, mechanical intestinal occlusion, hemorrhage from colonic wall and fistulas. Sigmoid-vaginal fistula is the most frequent in women previously treated with laparohysterectomy.

The colonoscopy and RX barium enema are gold standard for instrumental diagnosis; the vaginography is diriment, urography excludes urological diseases. The surgical treatment is the fistula resection, with or without colonic resection.

In consideration of the necessity of conservative surgery and on the basis of this case, the Authors suggest, if it's possible, the simple fistula resection, although the literature report an high number of relapses.

KEY WORDS: Diverticular disease, Fistula

Introduzione

La malattia diverticolare del colon è caratterizzata da una serie di manifestazioni cliniche, di pertinenza chirurgica, correlate all'insorgenza di complicanze a carico delle estroflessioni saccolari della mucosa della parete intestinale. Nella maggior parte dei casi esse sono riferibili a condizioni di flogosi del segmento intestinale interessa-

to, con eventuale formazione di ascessi locali e possibile evoluzione in peritonite diffusa; più raramente le complicanze sono rappresentate da un quadro clinico di occlusione meccanica intestinale, da emorragie acute o croniche intermittenti e da fistole¹. Gli Autori hanno preso spunto da un caso di fistola sigmoide-vaginale, in quanto manifestazione della malattia diverticolare, per riportare alcune considerazioni personali, sulla base della revisione dei dati della letteratura.

Pervenuto in Redazione Ottobre 2006. Accettato per la pubblicazione Ottobre 2007

Per la corrispondenza: Dr. Carlo D'Angelo, Istituto di Cura "Città di Pavia", Via Parco Vecchio 27, 27100 Pavia (e-mail: cardangelo@imwind.it)

Caso Clinico

Si presenta alla nostra osservazione la paziente G.A. di

anni 75, coniugata, pluripara, lamentando da qualche mese la comparsa di fastidiose perdite vaginali maleodoranti, talvolta di aspetto corpuscolato, con una progressiva ingravescenza dei sintomi durante l'ultimo mese, in assenza di episodi febbrili e/o addominalgia. L'anamnesi familiare è muta per patologie, mentre quella personale recita una serie di interventi chirurgici progressivi: isterectomia totale con annessiectomia bilaterale eseguita all'età di 40 anni, successivamente una colecistectomia, un intervento di lisi di aderenze addominali, infine una appendicectomia.

La paziente è apiretica, l'obiettività addominale è negativa e l'alvo è normocanalizzato a feci normocromiche.

Gli esami ematochimici, il tracciato elettrocardiografico, il controllo radiologico del torace e l'esame delle urine risultano nella norma.

L'esame ginecologico esclude la presenza di tracce di un recente sanguinamento e rivela la presenza in vagina di materiale simulfecaloide, confermata dall'esame culturale del tampone vaginale (abbondante flora enterica).

L'esame istologico della biopsia vulvare, eseguita sulla base del rilievo clinico di cianosi vulvare localizzata, dimostra un quadro di moderata sclerosi con infiltrato infiammatorio cronico aspecifico.

L'indagine pancoloscopica mostra la presenza, a 30 cm dal margine anale, di numerosi diverticoli a medio colletto con mucosa flogosata che determinano una riduzione del calibro del lume intestinale tale da risultare invalicabile dallo strumento. Si esegue successivamente la radiografia del clisma opaco a doppio contrasto che rivela l'esistenza di un tragitto fistoloso tra il sigma e la parete posteriore della vagina.

Con l'assenso della paziente, dopo opportuna preparazione, si procede all'intervento chirurgico.

Si esegue una laparotomia mediana, la liberazione di numerose aderenze visceroparietali, la mobilitazione del sigma con individuazione del tragitto fistoloso sigmoido-vaginale ed una fistolectomia con riparazione della parete colica; non viene eseguito alcun trattamento della parete posteriore vaginale. A conferma della diagnosi preoperatoria il successivo esame istologico rileva un processo infiammatorio cronico con evidenza di tragitto fistoloso.

Il decorso post-operatorio è regolare e la paziente viene dimessa in VIII giornata post-operatoria.

Discussione

Prima del 1900 la malattia diverticolare e le sue complicanze sono citate assai raramente, probabilmente a causa della carenza di procedure diagnostiche e per lo scarso impatto sociale di tale patologia.

Il significato della malattia diventa più incisivo a partire dalla metà del secolo scorso, per poi "esplodere" nell'epoca attuale².

Nel "Trattato di medicina pratica universale" dell'inizio del XX secolo, lo studio delle malattie dell'addome si fa risalire a Galeno, autore del "De morbis infimi ventris" ed a Montagnana, autore di "Consilia de aegritudinibus inferioris ventris" del 1004.

Nel 1849 J. Cruveilhier (1791- 1874) descrive la malattia diverticolare nel suo "Traité d'anatomie pathologique generale"².

Nel 1905 il medico inglese Humprey Davy Rolleston (1862-1944) nel suo articolo "Diverticulis sinistra" illustra dettagliatamente le tre possibili evoluzioni delle complicanze della malattia diverticolare, rappresentate dalla perisigmoidite circoscritta, dall'ascesso locale con fistola stercoracea e dalla rottura con peritonite; l'anno successivo Berkeley Moynhan (1865-1936) descrive una serie di casi in cui la resezione intestinale, eseguita nell'ipotesi di un cancro, si rivela il trattamento di una diverticolite. Nel 1914 un chirurgo svizzero Fritz de Quervain (1868-1940) introduce per la prima volta il termine *diverticolosi*, distinguendolo dalla *diverticolite*, condizione ultima caratterizzata da infiammazioni locali².

Il fatto che la malattia diverticolare del colon venga ormai considerata una condizione del XX secolo, dell'era industriale, si giustifica con il netto aumento dell'incidenza della malattia nella popolazione, passata dal 5% dei primi decenni fino al 50% degli ultimi anni³.

Nonostante la maggior parte dei pazienti sia asintomatica, la malattia tende a manifestarsi clinicamente con una frequenza del 30% in pazienti con oltre sessanta anni, raggiungendo il 50-60% dopo gli ottanta; si segnala un lieve aumento dei casi nelle donne, ma la differenza con gli uomini non appare significativa³.

Solo il 5% delle forme sintomatiche manifesta delle complicanze, mentre l'1% necessita di intervento chirurgico³.



Fig. 1: Fistola sigmoido-vaginale come complicanza di malattia diverticolare (Rx clisma opaco a doppio contrasto).

La malattia diverticolare è molto diffusa nei paesi europei, mentre in Africa ed in alcune zone dell'Asia è tuttora molto rara. Nel 1975 Burkitt e Trowell pubblicano "Cibi a base di carboidrati raffinati e salute", documentando che nell'Africa Orientale stipsi, diverticoli ed il cancro del colon sono assenti nella popolazione autoctona; diversamente la popolazione trapiantata in città manifesta i segni di queste malattie. Nel loro testo essi ipotizzano il concorso di diversi fattori quali il prolungamento della vita media e le modificazioni delle abitudini di vita, in particolare alimentari, con la progressiva riduzione dell'apporto di fibre a favore di alimenti sempre più raffinati ed a basso residuo come carni, grassi e conserve⁴. Oggi è opinione comune che i diverticoli siano entità patologiche acquisite e non congenite (ad eccezione del raro *diverticolo solitario del cieco*), identificando, come principale fattore eziopatogenetico, l'alterazione anatomico-funzionale del colon. Essa si manifesta col progredire dell'età con una aumentata debolezza della parete, la presenza di lacune della tonaca muscolare e con il ridotto apporto di fibre insolubili che aumenta il tempo di transito fecale e, conseguentemente, la pressione endoluminale³.

La localizzazione più frequente della malattia è a livello del colon sinistro, in particolare al sigma.

Complicanze

La malattia diverticolare non complicata è generalmente asintomatica tanto che il suo riscontro risulta spesso occasionale durante l'esecuzione di indagini strumentali di base, quali il clisma opaco³.

La sintomatologia è di solito collegata alle complicanze della malattia la cui forma di presentazione più frequente è la flogosi, o *diverticolite*, che ha sempre origine negli stessi diverticoli; l'infiammazione può interessare anche il tessuto circostante, realizzando un quadro di *pericolite* e, talora, può evolvere in micro e/o macro perforazioni³. Nella maggior parte dei casi il processo flogistico rimane confinato all'area adiacente la perforazione, grazie ai meccanismi di tamponamento dei tessuti circostanti, realizzando la condizione di *peritonite saccata* o *ascesso pericolico*; nel caso, raro, in cui una perforazione non venga tamponata, si crea una comunicazione diretta tra il lume colico e la cavità peritoneale ed insorge una condizione di *peritonite diffusa*⁶.

Un'altra complicanza in corso di malattia diverticolare è rappresentata dall'*occlusione* meccanica causata dall'inglobamento e/o incarceramento delle anse ileali nel processo flogistico pericolico o in raccolte saccate peridiverticolari: meno frequentemente può essere dovuto all'insorgenza di reazioni fibro-sclerotiche⁵.

In rari casi la malattia diverticolare è responsabile di *episodi emorragici acuti o cronici intermittenti*: la causa di sanguinamento risiede nell'interessamento dei vasa recta che irrorano la parete colica⁶.

In presenza di un ascesso che arrivi a coinvolgere i visceri adiacenti o la parete addominale, è possibile la formazione di tramiti fistolosi che, di solito, rappresentano l'esito di uno (raramente) o ripetuti episodi infiammatori diverticolari.

Nell'ambito delle fistole si distinguono:

– *forme dirette*, quando la penetrazione avviene per contatto diretto fra diverticolo e organo/tessuto adiacente con l'instaurarsi di numerose aderenze;

– *forme indirette*, quando vi è un'iniziale interposizione di una raccolta ascessualizzata.

La fistolizzazione può interessare vari organi pelvici come la vagina, l'utero, le tube o la vescica⁵; considerando il solo gruppo delle fistole colon-genitali, la forma più frequente è quella sigmoideo-vaginale. Quasi sempre compare in donne già isterectomizzate, ove può essere conseguenza di un ascesso saccato che si fa strada attraverso la cicatrice della cupola vaginale; più raramente le fistole vaginali, in presenza dell'utero o del collo residuo, si aprono nel canale cervicale o nel fornice vaginale posteriore^{7,8}.

La diagnosi clinica è relativamente semplice in quanto la fuoriuscita dalla vagina di materiale purulento frammentato a sangue e, successivamente, di materiale fecale è caratteristica della fase di fistolizzazione; quest'ultima è preceduta da febbre, dolore retropubico e presenza di una massa pelvica palpabile e dolente, condizioni legate alla presenza di una raccolta ascessuale nello scavo del Douglas. L'esame della vagina mediante uno speculum permette, nella maggior parte dei casi, di scoprire l'orifizio fistoloso, definendone con precisione sede e dimensioni^{7,8}.

Dal punto di vista strumentale la colonscopia ed il clisma opaco sono esami validi ai fini della diagnosi della malattia diverticolare, non sempre per la diagnosi di tragitto fistoloso; in questo caso risulta più utile il clisma opaco con doppio contrasto.

Nei casi dubbi la vaginografia è dirimente ai fini diagnostici, soprattutto grazie al tipo di contrasto utilizzabile (idrosolubile); allo scopo di escludere il coinvolgimento dell'apparato urinario risulta utile eseguirne lo studio morfologico mediante l'urografia^{7,8}.

Terapia

Negli anni l'approccio chirurgico alla malattia diverticolare complicata si è modificato: dagli iniziali interventi di derivazione e drenaggio secondo Mikulicz, si è passati alla resezione del segmento perforato con confezionamento di colostomia secondo Hartmann, sino all'attuale esecuzione di anastomosi in un tempo, previo eventuale drenaggio delle raccolte eco / TC guidate⁹.

In regime di urgenza la valutazione dello stadio di Hinchey e dei fattori di rischio individuali condizionano l'approccio chirurgico: secondo la letteratura più recente, l'intervento secondo Hartmann troverebbe indi-

cazione esclusivamente negli stadi più gravi con quadro di peritonite generalizzata purulenta (stadio III secondo Hinchey) o fecale (stadio IV secondo Hinchey) e nei casi in cui, nonostante l'assenza di una grave contaminazione peritoneale con ascesso pericolico confinato al mesocolon (stadio I secondo Hinchey) o ascesso pelvico secondario a perforazione di un ascesso pericolico (stadio II secondo Hinchey), il paziente presenti fattori di rischio associati quali rischio ASA III-IV, diabete grave, cirrosi scompensata⁹.

Negli stadi I-II secondo Hinchey l'intervento chirurgico in un tempo unico rappresenterebbe ormai una tecnica accettata e consolidata⁹.

La tecnica videolaparoscopica sta trovando sempre maggior consenso in questo campo e viene suggerita come procedura sicura, fattibile ed efficace, pur con i limiti ad essa legati, tra i quali la necessità di una attenta selezione dei pazienti, di un adeguato training del team chirurgico, le difficoltà tecniche, gli elevati tassi di conversione con possibile aumento di incidenza delle complicanze intra e post-operatorie¹⁰.

Secondo alcuni studi, persino la presenza di complicanze quali fistole colo-vescicali così come un quadro di peritonite generalizzata (stadio III sec. Hinchey) non rappresenterebbero controindicazioni assolute al trattamento chirurgico laparoscopico¹⁰.

In questo senso, verosimilmente nei casi di diverticolite con complicanze acute, ossia ascesso (stadio I e II sec. Hinchey), sarebbe utile, inizialmente, l'approccio con una terapia conservativa (terapia antibiotica mirata e drenaggio percutaneo TC guidato) che, quando non risolutiva, costituirebbe una palliazione temporanea e, per quanto possibile, eviterebbe l'intervento in urgenza consentendo l'approccio laparoscopico in condizioni di remissione della fase acuta, ossia in regime di elezione e di semielezione¹¹.

Tralasciando i casi più rari di fistola tra sigma e utero o salpinge, nelle fistole sigmoideo-vaginali è fondamentale la valutazione, da parte del chirurgo, dell'entità del processo infiammatorio, in base alla quale decidere l'estensione dell'intervento riparativo^{7,8}.

Se la lesione intestinale è circoscritta, è possibile eseguire la semplice escissione chirurgica del tramite fistoloso con chiusura degli orifizi di ingresso e di uscita, sebbene in letteratura venga riportata un'incidenza di recidiva molto elevata; l'asportazione conservativa del segmento intestinale malato e del tragitto fistoloso con la riparazione della parete colica è attualmente l'atteggiamento terapeutico più corretto^{7,8}. La cupola vaginale, una volta separata dal sigma, può essere anche non trattata. Nelle pazienti giovani ed in buone condizioni generali la resezione colica e la fistolectomia, con il confezionamento di una anastomosi colo-colica in un solo tempo, è la regola, in caso di fistole di recente insorgenza nelle forme diverticolari limitate^{7,8}. La procedura chirurgica comporta interventi in tempi successivi in casi particolari, ovvero quando le condi-

zioni del paziente e lo stato della malattia consigliano il confezionamento di una colostomia preliminare o di protezione alla resezione colica (diverticolite e peridiverticolite molto estesa, *fistole inveterate e/o composte*, stato settico con esteso interessamento della pelvi)^{7,8}.

Conclusioni

La constatazione che, nella maggior parte dei casi, la malattia diverticolare decorre in maniera asintomatica, con una possibile rapida evoluzione in quadri clinici assolutamente anomali, di dubbia interpretazione, potenzialmente pericolosi per la vita stessa del paziente, rappresenta un serio problema diagnostico - terapeutico.

Anche se il caso riportato conferma che la malattia diverticolare è sintomatica in presenza di una complicanza, bisogna sottolineare il fatto che l'età e soprattutto la storia clinica della paziente (pregressi interventi chirurgici di isterectomia con annessiectomia e di lisi delle aderenze addominali), in assenza di sintomi, sono condizioni, già descritte in letteratura, predisponenti l'insorgenza di processi infiammatori ripetuti con possibile evoluzione in quadri clinici più complessi quali la formazione di un tragitto fistoloso (nel nostro caso sigmoideo-vaginale). Inoltre la colonscopia, in associazione con il clisma opaco (a doppio contrasto) sono due indagini strumentali eseguite, ormai, quasi di "routine", che trovano indicazione assoluta al fine di formulare una corretta diagnosi di malattia diverticolare complicata, in caso di elezione.

Dal punto di vista terapeutico la condizione locale ha consentito di eseguire la semplice fistolectomia: i controlli ambulatoriali, a sei mesi ed a un anno dall'intervento, indicano l'assenza di recidiva e l'adeguatezza del trattamento chirurgico effettuato. Ciò suggerisce che un trattamento chirurgico di tipo conservativo può e deve essere sempre scelto da parte del chirurgo, compatibilmente con la corretta valutazione delle singole situazioni, al di là dei protocolli terapeutici.

Riassunto

La malattia diverticolare è considerata una patologia del XX secolo, con incidenza pari a circa il 50% della popolazione. La malattia decorre solitamente in forma asintomatica. Le forme sintomatiche interessano il 30-50% dei pazienti con percentuali variabili a seconda dell'età; di questi l'1% necessita di intervento chirurgico. La principale localizzazione della malattia è a livello del colon sigma. La complicanza più frequente è rappresentata dalla diverticolite con pericolite che può evolvere in quadro di peritonite saccata tamponata ovvero in peritonite diffusa. Altre complicanze sono le emorragie di parete, l'oclusione meccanica e le fistole: tra

queste ricordiamo la più frequente cioè la fistola sigmoide – vaginale di cui abbiamo riportato un caso clinico. L’Rx clisma opaco e la coloscopia sono le indagini strumentali di elezione per formulare diagnosi di malattia diverticolare; nel caso di fistola sigmoide – vaginale la vaginografia è dirimente. Il trattamento chirurgico di tipo conservativo deve essere sempre ricercato dal chirurgo compatibilmente con il quadro clinico; in caso di presenza di fistola la semplice fistulectomia può essere sufficiente sebbene in letteratura venga riportata un’incidenza di recidiva molto elevata

Bibliografia

- 1) Castrini G, Pappalardo G, Correnti FS: *Diverticolosi del colon*. In: *Fisiopatologia Chirurgica. Recenti acquisizioni e implicazioni terapeutiche*. Roma: Il Pensiero Scientifico. Ed. 1985.
- 2) Almy TP, Naitove A: *Diverticular disease of the colon*. In: Slesenger (ed): *Gastrointestinal Disease*. Philadelphia: Saunders, 1983.
- 3) Ferrarese S, Neri V: *Fisiopatologia della malattia diverticolare del colon*. Atti VIII Congr Naz Dig, 1987.
- 4) Painter NS: *The treatment of uncomplicated diverticular disease of the colon with a high fibre diet. The reasons for using bran*. Acta Chir Belg, 1979; 6:359.
- 5) Minni F: *Fistole ed occlusioni su base diverticolare*. Atti VIII Congr Naz Dig, 1987; II:997.
- 6) Fontana Rosa G, Martello G, Caterina E, Nastasio G: *L’intervento di Hartmann nella diverticolite perforata del colon distale*. Atti VIII Congr Naz Dig, 1987; vol. II:847.
- 7) Tancer ML, Veridiano NO: *Genital fistulas caused by diverticular disease of sigmoid colon*. Am J Obstet Gynecol, 1996; 174 (5) : 1547-550.
- 8) Vitale MV, Cervo F, Barbieri F: *Fistola vagino- sigmoidea come conseguenza di malattia diverticolare*. Minerva Ginecol, 1998; 50 (5): 195-97.
- 9) Del Rio P, Dell’Abate P, Soliani P, Ziegler S, Arcuri MF, Sianesi M: *Modificazioni del trattamento chirurgico della malattia diverticolare del colon in urgenza negli ultimi 30 anni*. Ann Ital Chir, 2005; 76:529-33.
- 10) Baldoli D, Musco F, Scalambra M, Balsamo F, Galli A, Rebuffat C: *Resezioni coliche laparoscopiche per malattia diverticolare. Risultati di un database prospettico*. Ann Ital Chir, 2006; 77:401-05.
- 11) Ferulano PG, Dilillo S, D’Ambra M, Saviano C, Brunaccini R, Lionetti R, Fico D: *Timing e risultati della terapia chirurgica della malattia diverticolare del colon*. Ann Ital Chir, 2006; 77:497-502.

